

# Helpen veranderen

Motiveringsstrategieën  
in de psychotherapie

Ger P.J. Keijsers,  
Caroline J.C. Vossen &  
Lam H.A. Keijsers

Uitgeverij Boom | Amsterdam

© 2012, G.P.J. Keijsers, C.J.C. Vossen, L.H.A. Keijsers p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van de artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van artikel 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission from the publisher.

Vormgeving omslag: Eelko van Iersel  
Verzorging binnenwerk: image realize  
Drukwerk: Wilco, Amersfoort

ISBN 978 94 6105 014 4

NUR 777

[www.uitgeverijboom.nl](http://www.uitgeverijboom.nl)

# Voorwoord

Het boek *Helpen veranderen: motiveringsstrategieën in de psychotherapie* opent met een korte inleiding. In deze inleiding wordt de essentie van het boek met een voorbeeld aangegeven, waarin een therapeut tegen een patiënt zegt: 'En dan zijn we nu aanbeland bij de rationale van de behandeling.' De auteurs beschrijven deze mededeling aan de patiënt als, laat ik maar zeggen, ten minste storend voor de voortgang. Zij geven daarna een voorbeeld waarin de therapeut op subtiele wijze de patiënt verleidt om zelf een rationale voor de behandeling te formuleren. Op een empathische, hoffelijke manier wordt de patiënt uitgenodigd onder woorden te brengen wat er moet gebeuren om de behandeling te laten welslagen en ook waarom er vervolgens een goed resultaat kan worden verwacht. Het wordt duidelijk voor de patiënt dat vermindering van klachten goed mogelijk is, dat deze vermindering waarschijnlijk stapsgewijs gaat verlopen en dat bij al deze stappen een actieve inzet van de kant van de patiënt onontbeerlijk is.

Na jaren alle aandacht te hebben gericht op effectonderzoek, wetenschappelijke evidentie, de ontwikkeling van protocollen en de implementatie daarvan, schudt dit boek ons wakker. Hoe was het ook alweer in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw? Was het niet zo dat er in het merendeel van de psychotherapieën een significante relatie bestond tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en het behandelingsresultaat? Er bestond zelfs een stroming in Nederland, 'de directieve therapie', die vooral door gebruik te maken van de versterking van de therapeutische relatie en specifieke motiveringstechnieken vrijwel alle patiënten zover kreeg de therapeutische programma's uit te voeren. Rond het millennium is de aandacht hiervoor verflauwd. Evidence-based protocollaire behandelingen, die vroegen de aandacht. Vergeten werd dat patiënten de vaak moeilijke programma's zelf moeten uitvoeren. Van de protocollaire behandelprogramma's is aangetoond dat ze effectief zijn, maar dit laatste kan pas blijken als de patiënten de programma's ook werkelijk hebben doorlopen.

Hoe belangrijk het systematisch bevorderen van de kwaliteit van de therapeutische relatie is, laat Verbraak (Verbraak, 1998; Verbraak, Knoppert-van der Klein & Hoogduin, 1998) zien in een gecontroleerde studie naar de effecten van fluoxetine bij de behandeling van boulimie. In deze studie werd bij iedere zitting de patiënt persoonlijk benaderd met specifieke richtlijnen voor de omgang, zoals belangstelling tonen voor het privéleven van de patiënt,

begrip tonen voor de patiënt, de patiënt complimenteren voor het doorzetten of de stiptheid, enzovoort. Na iedere zitting werd aangegeven welke punten aan de orde waren geweest. Het drop-outpercentage in deze studie bedroeg slechts 6 procent. De redenen voor drop-out stonden los van (de beleving van) de behandeling. Dit gevoegd bij het feit dat het normale drop-outpercentage in dergelijke studies gemiddeld 30 procent bedraagt, geeft nog eens aan hoe belangrijk het is te investeren in een goede therapeutische relatie.

Welnu, om daarin te slagen is dit boek geschreven. Motiveringstechnieken en strategieën om de kwaliteit van de therapeutische relatie te verbeteren zijn door de auteurs op een overzichtelijke wijze verzameld. Het is een fraai boek geworden over directieve therapie. Met directieve therapie bedoel ik vooral al die procedures die ertoe leiden dat patiënten de (bij voorkeur evidence-based) behandelprogramma's ook werkelijk uitvoeren, waardoor wordt voorkomen dat ze voortijdig stoppen met de behandeling. Het boek is helder geschreven en straalt een grote liefde uit voor het psychotherapeutische proces. Het zal zeker kunnen bijdragen aan het tot een goed einde laten brengen van het gezamenlijk bevlogen therapeutisch avontuur van patiënt en therapeut.

*Kees Hoogduin*

# Inhoud

Voorwoord .....	5
Inleiding .....	9
<b>1 Motivering .....</b>	<b>15</b>
1.1 Evidence-based behandelen .....	15
1.2 De patiënt verricht het werk .....	17
1.3 Hindernissen bij veranderen .....	18
1.4 Principes van motiverende interventies .....	36
1.5 Motivering en behandel fases .....	42
1.6 Conclusies .....	43
<b>2 Voorbereidingsfase: verandering is moeilijk maar mogelijk .....</b>	<b>45</b>
2.1 Contextwijzigingen aanbrengen .....	45
2.2 Acceptatie en erkenning .....	47
2.3 Respect en vriendelijkheid .....	50
2.4 Empathie en aansluiten (invoezen) .....	54
2.5 Expertise van de therapeut .....	57
2.6 Inhoudelijke voorbereiding .....	63
2.7 Valkuilen bij acceptatie en empathie .....	69
2.8 Conclusies .....	79
<b>3 Activeringsfase: bevorderen van inzet, oefening en activiteit .....</b>	<b>81</b>
3.1 Belevingsgericht .....	82
3.2 Bevorderen van actieve participatie en eigen activiteit .....	86
3.3 Begeleiding bij de eerste behandel effecten .....	90
3.4 Steunen en zelfvertrouwen vergroten .....	99
3.5 Huiswerkopdrachten verstrekken en begeleiden .....	105
3.6 Conclusies .....	111
<b>4 Voorbereidingsfase en activeringsfase bij patiënten met een lastige interactiestijl .....</b>	<b>113</b>
4.1 Lastige interactiestijl .....	113
4.2 Interactionele appèls en interactiestijl .....	114
4.3 Voorkeurspositie van de therapeut .....	118

4.4	Persoonlijkheidsstoornissen	120
4.5	Impasses in de behandeling	122
4.6	Interventies bij patiënten met een lastige interactiestijl	123
4.7	Omgaan met impasses	139
4.8	Twee laatste strategieën	141
4.9	Ethische overwegingen	143
4.10	Conclusies	144
<b>5</b>	<b>Volhardingsfase: structuur bij het veranderingsproces en afsluiting</b>	<b>147</b>
5.1	Redenen om van een vastgestelde koers af te wijken	147
5.2	Mogelijke ongunstige ontwikkelingen tijdig bespreken	151
5.3	Een rugzak meegeven	154
5.4	Sleur vermijden	157
5.5	Omgaan met vermijdingsgedrag	159
5.6	De behandeling afsluiten	162
5.7	Conclusies	165
<b>6</b>	<b>Motivatie van de therapeut</b>	<b>167</b>
6.1	Terugblik	167
6.2	Motiveren en protocollaire behandelingen	169
6.3	Hoever moet met motiveren worden doorgegaan?	170
6.4	Motivatie van therapeuten voor het uitvoeren van een behandeling	173
	<b>Bijlage 1 Lijst van motiveringsstrategieën</b>	<b>179</b>
	<b>Bijlage 2 Overzicht van motiveringsstrategieën en indicatoren</b>	<b>182</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>201</b>
	<b>Trefwoordenregister</b>	<b>212</b>
	<b>Over de auteurs</b>	<b>224</b>

# Inleiding

‘En dan zijn we nu aanbeland bij de rationale van de behandeling.’

”

Bij deze zin stellen we ons een opgewekte therapeut<sup>1</sup> voor die een patiënt met bijvoorbeeld een paniekstoornis behandelt met behulp van een protocollaire behandeling. Ter voorbereiding van de tweede sessie heeft deze therapeut de paragraaf ‘Bespreek de behandelrationale’ uit het behandelprotocol nog eens doorgenomen. Nu staat hij op het punt om de behandelmethode aan de patiënt uit te leggen. Er is reden tot optimisme. Evidence-based stoornisspecifieke protocollaire behandelingen zijn immers de meest effectieve psychologische behandelingen die er binnen de klinische psychologie en psychiatrie zijn ontwikkeld. Juist de op stoornissen toegesneden psychologische behandelingen doen het beter dan de traditionele behandelingen (Keijsers, van Minnen & Hoogduin, 2011a; Keijsers, Vissers, Hutschemaekers & Witteman, 2010). Onze enthousiaste therapeut biedt met goede kans van slagen zijn patiënt een goed onderzochte, gesystematiseerde, transparante, stoornisspecifieke behandeling aan.

Toch is er ook reden tot zorg. In de uitspraak van de therapeut klopt een aantal dingen niet. Zo is de therapeut klaarblijkelijk aanbeland bij een bepaalde paragraaf uit het behandelprotocol. Maar betekent dat dan ook dat de patiënt bij die paragraaf is aanbeland en daarop opmerkzaam moet worden gemaakt? En dat woordje ‘nu’? Dat suggereert dat de behandeling voortdurend bestaat uit het aanbelanden bij onderdelen uit het behandelprotocol. Het protocol lijkt de behandeling nogal nadrukkelijk te dicteren. Ook het woord ‘rationale’ is wat ongepast. ‘Rationale’ is een technisch begrip en staat voor het bieden van een geloofwaardige uitleg over de behandelmethode. Het is een woord dat zorgverleners onder elkaar gebruiken, niet een woord om bij de patiënt te gebruiken. De patiënt kent het woord niet. Evenmin is het nodig de patiënt lastig te vallen met het gegeven dat een rationale niet een wetenschappelijke verklaring is van een behandelmethode, maar een uitleg van die methode die geschikt is gemaakt voor patiënten (Frank, 1982). Dat is een technische kwestie, waar een patiënt niet mee hoeft te worden lastiggevallen. Dit kan zelfs argwaan wekken. Het woord vestigt onnodig de aandacht op het feit dat psychotherapeutische communicatie,

---

<sup>1</sup> Daar waar zowel hij of zij, hem of haar, patiënt of patiënte enzovoort wordt bedoeld, hebben we het gebruik overgenomen om de mannelijke variant weer te geven.

dus ook een uitleg, is gericht op het bewerkstelligen van bepaalde effecten, in dit geval het bieden van informatie over een behandelmethode die vertrouwen wekt bij de patiënt. De zin van de opgewekte therapeut heeft niet echt een goede toon en inhoud, en doet kunstmatig aan.

## Motiveren in een notendop

‘En dan zijn we nu aanbeland bij de rationale van de behandeling’ kan de therapeut dus beter niet zeggen. De dialoog hierna, waarin een therapeut zich eveneens tot doel heeft gesteld om een behandelmethode (in dit geval graduele exposure in vivo) aan een patiënt uit te leggen, geeft een voorbeeld van een alternatieve aanpak.

- Therapeut: Door uw angst doet u allerlei dingen niet meer. Klopt dat?
- Patiënt: Ja, met de bus of trein ergens naartoe, dat gaat niet meer. En winkels ga ik liever ook niet meer in, behalve een paar in de buurt.
- Therapeut: Het vermijden van deze situaties helpt u steeds eventjes?
- Patiënt: Nou ja, helpen? Ik durf die dingen gewoon niet meer.
- Therapeut: En als we nu naar de afgelopen jaren kijken. Bent u erop vooruitgegaan sinds u deze dingen vermijdt?
- Patiënt: Volgens mij is de angst juist groter geworden. Ik durf steeds minder.
- Therapeut: Dus het vermijden van situaties maakt uw angst eigenlijk alleen maar erger?
- Patiënt: Volgens mij wel ja.
- Therapeut: Dat is dikwijls zo bij mensen met uw klachten. Vermijden maakt dat mensen steeds minder gaan durven. Soms durven mensen na verloop van tijd zelfs hun huis niet meer uit. Zover is het gelukkig niet bij u. Wat vindt u dat er moet gebeuren om het bij u niet ook zo ver te laten komen?
- Patiënt: Die dingen wel blijven doen.
- Therapeut: Precies. Dat is heel belangrijk. Maar als ik u nu zou vragen om met de bus naar de stad te gaan?
- Patiënt: God nee, dat durf ik echt niet.
- Therapeut: Ik zie u schrikken. Dat is een veel te grote stap. Maar naar de winkels in de buurt lukt wel zei u. Er zijn dus ook dingen die moeilijk voor u zijn maar die u nog wel aandurft, is het niet?
- Patiënt: Ja, die winkels in de buurt en bijvoorbeeld ook de bibliotheek vlakbij. Daar kom ik graag, maar ook daar had ik een poosje geleden het

gevoel dat ik dol werd in mijn hoofd. Maar toen ben ik gebleven en toen ging dat gevoel ook weer over.

Therapeut: Precies, daar gaat het om. U bleef en toen ging dat nare gevoel weer over. De bibliotheek ging goed. Andere dingen zijn nu nog te moeilijk en daar bent u voorlopig nog niet aan toe. Weer andere dingen zitten daartussenin. Stel nu eens dat we een lijst maken van al die situaties, met de minst moeilijke dingen bovenaan op de lijst en de allermoeilijkste dingen helemaal onder aan de lijst. En stel dat u nou de eerste tijd die dingen bovenaan op de lijst juist extra vaak gaat doen. Dat zijn dus situaties die moeilijk zijn, maar die u op dit moment wel lukken. U oefent met die situaties net zo lang totdat de angst minder gaat worden, net zoals in de bibliotheek. Als na goed oefenen de angst minder is geworden, kunnen we de volgende situaties nemen. Iedere keer een stapje en dat in een tempo dat u aankunt. Wat denkt u daarvan? Eigenlijk is dit een veelgebruikte methode om mensen met klachten zoals de uwe weer op de goede weg te helpen.

De therapeut biedt in deze dialoog een uitleg over de behandelmethode.<sup>2</sup> Van een kunstmatige stijl is ditmaal echter geen sprake. Een aantal dingen in de dialoog valt op. Allereerst dat de therapeut aansluit bij de belevingswereld en het cognitieve en affectieve niveau van de patiënt. De taal bijvoorbeeld is eenvoudig. Ook laat de therapeut merken dat hij de schrik van de patiënt ziet, wat goed is. De patiënt komt immers voor angstklachten, dus behoren tekenen van angst ook te worden gezien en benoemd.

Verder valt op dat de therapeut de patiënt actief houdt. Ook als er iets wordt uitgelegd, wordt de patiënt uitgenodigd om mee te doen. Het is elegant dat de therapeut meer dan eens 'de bal voor de goal legt' zodat de patiënt kan 'scoren'. Het samen bedenken van de rationale in de dialoog past bovendien bij het regelmatige gebruik door de therapeut van het woordje 'we'. De therapeut en de patiënt doen het samen. Die samenwerking betekent echter niet dat de therapeut en de patiënt gelijkwaardige posities innemen. De therapeut is de expert en geeft blijk van zijn deskundigheid op het gebied van behandelingen van mensen met een paniekstoornis. Hij doet dat op een natuurlijke wijze, zonder de patiënt onnodig over technische termen te onderrichten.

Het kunststuk is natuurlijk de elegant aangebrachte balans tussen 'nu nog niet kunnen' en 'later wel'. De therapeut merkt meerdere keren op dat

<sup>2</sup> Wetenschappelijke visies op graduele exposure in vivo zijn aan het veranderen in de laatste jaren (Caske & Mystkowski, 2006; Craske et al., 2008, Powers et al., 2010). Vanuit het oogpunt van motiveren blijft graduele exposure een sterke variant voor het oefenen met exposure in vivo.

bepaalde stappen nu nog te moeilijk zijn en dus nog niet moeten worden gezet. De therapeut verwijst ook een aantal keer naar een toekomst waarin die moeilijke dingen wel mogelijk zijn. Daarmee biedt de therapeut hoop op verbetering en erkent tegelijkertijd dat directe controle op de angst nu nog niet mogelijk is. Dat hoeft de patiënt niet uit te leggen; de therapeut begrijpt dat. En tussen die onmogelijkheid nu en de mogelijkheid in de toekomst ligt de behandelmethode, namelijk goed oefenen. In een notendop hebben we hier de thema's van dit boek aangestipt.

Iemand kan vinden dat deze interactieve uitleg van graduele exposure in vivo nogal tijdrovend is. Dat is zo. Deze uitleg kost tijd en vraagt fijngevoeligheid. Therapeuten zijn waarschijnlijk veel meer tijd kwijt aan het acceptabel, mogelijk, wenselijk en haalbaar maken van therapeutische technieken dan aan de technische begeleiding van de technieken zelf. Evidence-based stoornisspecifieke psychologische behandelingen hebben ons beslist iets belangrijks gebracht. De technieken om ongewenste en hardnekkige symptomen systematisch te veranderen zijn verder verbeterd (Keijsers et al., 2010, 2011a; et al.). Dit boek wil daarbij wel duidelijk maken dat deze technieken en de effecten ervan een voortdurende en zorgvuldige therapeutische inbedding vereisen. Het aanbrengen van die inbedding kost tijd, inspanning, inzicht en fijngevoeligheid. Dat alles wordt onder motivering verstaan.

## Inhoud

Veel auteurs die schreven over het motiveren van patiënten vatten behandelmotivatie op als een interactioneel thema. In dit boek gebeurt dat ook. Miller (1985) en Miller en Rollnick (2005) verwoordden dat het best. Behandelmotivatie is geen patiënteigenschap. Een patiënt die weinig gemotiveerd is, heeft problemen met wat van hem wordt verwacht of gevraagd. Het standpunt van de ander, de therapeut bijvoorbeeld of de omgeving, is evenzeer deel van het gebrek aan motivatie van de kant van de patiënt, als het standpunt van de patiënt zelf. Volgens deze optiek volstaat het dus niet om als therapeut te verzuchten dat de behandeling mogelijk niet gaat lukken omdat de patiënt ongemotiveerd is. De motivatie van de patiënt om te veranderen behoort tot het veranderingsproces zelf en dus tot het werkerterrein van de therapeut. Sterker nog, de verzuchting van de therapeut wijst mogelijk op een interactioneel probleem waarin de therapeut ook een aandeel heeft. Uitgangspunt van dit boek is verder – en ook daaraan besteden we ruime

aandacht – dat het moeilijk is om eigen gedrag en beleving te veranderen en dat het dus ook begrijpelijk is als een patiënt daar twijfels over heeft. Psychotherapie is een moeizame onderneming. De patiënt motiveren om die onderneming aan te gaan is even belangrijk als de behandeltechnieken zelf.

In 1997 volgde een eerste uitgave van dit boek. De huidige uitgave is geactualiseerd, de thema's zijn beter ingebed in onderzoeksliteratuur en ze zijn aanzienlijk uitgebreid. Het hoofdstuk over patiënten met een moeilijke interactiestijl is volledig herzien. *Helpen veranderen* biedt op de *eerste plaats* een overzicht van strategieën om patiënten voor een psychologische behandeling te motiveren, ervoor te zorgen dat patiënten actief en zinvol met behandeltechnieken aan de slag gaan en ervoor te zorgen dat de therapeutische effecten van deze technieken optimaal door de patiënt kunnen worden benut. De motiveringsstrategieën worden overzichtelijk aangeboden en van voorbeelden voorzien. Op de *tweede plaats* biedt het boek een onderbouwing voor deze strategieën. Het boek maakt duidelijk hoe motiveringsstrategieën werken en waarom ze nodig zijn. Vanuit de vraag hoe mensen kunnen worden geholpen om van psychotherapie te profiteren, stelt het boek op de *derde plaats* ook essentiële kenmerken van psychotherapie aan de orde: de grondhouding van de therapeut, de eerste contacten, de aard van psychotherapeutische beïnvloeding, hoop, verwachting, suggestie, vertrouwen, ethische kwesties rond beïnvloeding en de beleving van psychotherapeuten van hun eigen vak. Wat daarentegen buiten beschouwing blijft in dit boek, zijn stoornisspecifieke of klachtgerichte behandeltechnieken. Die vormen immers niet het onderwerp van dit boek. Dit boek handelt – en we gebruiken maar even de wat onhandige naam waarmee ze in de vakliteratuur bekend zijn geworden – veel meer over 'non-specifieke ingrediënten' van psychotherapie dan over specifieke behandeltechnieken. Door deze keuzes is *Helpen veranderen* een complementaire aanvulling op beschrijvingen van protocolaire, stoornisspecifieke behandelingen.

*Helpen veranderen* is bedoeld voor mensen die psychologische behandelingen verrichten, waaronder psychotherapie, en die meer kennis of inzicht willen krijgen over het motiveren van patiënten voor verandering. Ook is het boek geschikt voor mensen in opleiding tot gz-psycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog, omdat het boek inzicht biedt in het werk van de psychotherapeut. We hopen dat het boek behulpzaam is voor de lezer en uiteraard zijn we heel blij als de onderwerpen die we aan de orde stellen behulpzaam blijken om behandelingen succesvoller te laten verlopen.